

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N° 8

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

George DEPARTOUT

Né à Redon, le 3 mars 1907

Ancien interne des Hôpitaux de Rennes

Externe des Hôpitaux de Paris

DE L'AMYGDALECTOMIE

PAR

DÉCHIREMENT DU PÉDICULE

Technique et indications particulières
au cours des angines aiguës

Président : M. LEMAITRE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1931

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

George DEPARTOUT

Né à Redon, le 3 mars 1907.

Ancien interne des Hôpitaux de Rennes

Externe des Hôpitaux de Paris

DE L'AMYGDALECTOMIE

PAR

DÉCHIREMENT DU PÉDICULE

Technique et indications particulières

au cours des angines aiguës

Président : M. LEMAITRE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^e, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1931

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale .	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 N. Physiologie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) . . Pathologie médicale.
 BROCCQ. . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT. . . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA. . . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DOGNON. . . . Physique.
 DONZELOT. . . Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY. Urologie.
 GARNIER. . . . Pathologie expérimentale.
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 GATELLIER. . . Pathologie chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HARVIER. . . . Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUGUENIN . . . Anatomie pathologique.
 HUTINEL. . . . Pathologie médicale.
 JOANNON . . . Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
 LEMAITRE . . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MILLOT Histologie
 MONDOR. . . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 OBERLING . . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET. . . . Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY. . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE. . . . Histologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET . . . Pharmacologie.
 GUÉNIOT . . . Obstétrique.
 LEQUEUX . . . Obstétrique.
 LEROUX. . . . Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 RETTERER . . . Histologie.
 ZIMMERN . . . Physiologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI. . . Clinique médicale.
 CHIRAY. . . Clinique médicale.
 DEBRÉ. . . Clinique médicale.
 DUVOIR. . . Clinique médicale.
 FIESSINGER. Clinique médicale.
 LAIGNEL-LEVASTINE. Clinique médicale.
 BASSET. . . Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.

MM.

HEITZ-BOYER. Clinique chirurgicale.
 MATHIEU. . . Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT. . . Clinique chirurgicale.
 PROUST. . . Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ. . Clinique chirurgicale.
 LE LORIER. . . Clinique chirurgicale.
 LÉVY-SOLAL. Clinique obstétricale.
 METZGER. . . Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY. Stomatologie. CHAILLEY-BERT Éducation physique LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique. WEIL-HALLÉ Puériculture.		

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA CHÈRE ODILE

*Ma future petite femme, en
gage d'inaltérable attache-
ment.*

A MES PARÉNTS

Bien affectueusement,

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
et plus particulièrement
à ceux dont j'ai pu apprécier le dévouement.

Bénévolat à Rennes.

MM. les :

DOCTEUR LE DAMANY, professeur de Clinique médicale.

DOCTEUR LE MONIET, professeur de Clinique chirurgicale.

Externat en chirurgie.

DOCTEUR S. LE MONIET

*Dont j'ai admiré l'enseignement
chirurgical.*

Internat en chirurgie.

DOCTEUR H. DAYOT, professeur de Clinique chirurgicale.

Externat des hôpitaux de Paris.

DOCTEUR P. MATHIEU, professeur agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien des hôpitaux.

DOCTEUR H. BENARD, médecin des hôpitaux, professeur agrégé.

DOCTEUR H. BOURGEOIS, O.-R.-L. de l'hôpital Laennec.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR F. LEMAITRE

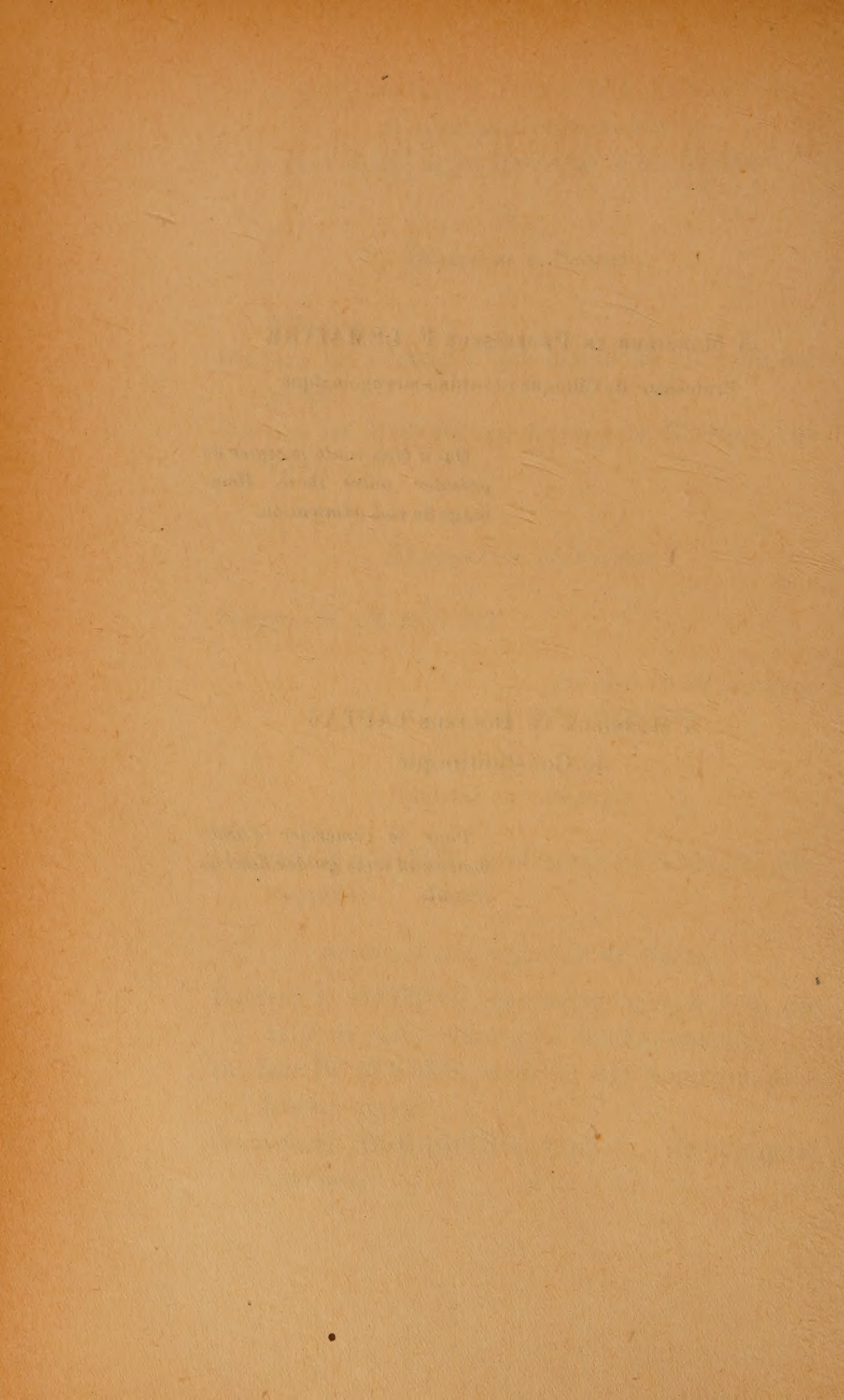
Professeur de Clinique oto-rhino-laryngologique

*Qui a bien voulu accepter de
présider notre thèse. Hom-
mage de vive admiration.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR TAPTAS

de Constantinople

*Pour le remercier d'avoir
bien voulu nous guider dans ce
travail.*



L'AMYGDALECTOMIE PAR TRACTION

Technique et indications particulières
au cours des angines aiguës

INTRODUCTION

Le procédé d'amygdalectomie par traction ou déchirement du pédicule est dû au Dr Taptas, de Constantinople. Il a fait, de la part de son auteur, l'objet d'une communication au Congrès de Médecine de Londres, en 1912. Depuis, il a été employé avec succès par son auteur et par tous ceux qui furent séduits par cette méthode. C'est dire que ce procédé, employé depuis longtemps, a fait ses preuves et qu'il a une réelle valeur expérimentale.

Au congrès national d'O.R.L. (Paris, octobre 1930), le Dr N. Taptas a rappelé à nouveau sa technique d'amygdalectomie totale et précisé ses indications, au cours des phlegmons périllonsillaires.

Dans cette thèse, nous nous proposons de montrer :

1° *Quelles considérations anatomiques* légitiment l'amygdalectomie par traction et comment ce procédé est capable d'assurer une exérèse complète, sûre et sans dangers ;

2^o Nous décrirons ensuite *l'instrumentation et le manuel opératoire* ;

3^o Puis qu'elle est la valeur du procédé, comparé aux autres méthodes, vis-à-vis des dangers de l'amygdalectomie ;

4^o Enfin, nous terminerons sur les indications générales de l'amygdalectomie par déchirement du pédicule et sur ses indications particulières au cours des angines aiguës.

CHAPITRE I

HISTORIQUE. GÉNÉRALITÉ

C'est par l'amygdalectomie, que s'ouvre l'histoire de la chirurgie amygdalienne. Celse, en l'an 10 de notre ère, la pratiquait en libérant l'amygdale au doigt ou au scalpel. Aetius, par contre, (50 ans après J. C) préconisait l'amygdalotomie :

« On enlève ce qui fait saillie, écrivait-il, c'est-à-dire, la moitié de l'organe hypertrophié. Ceux qui extirpent la glande toute entière, déterminent des hémorragies fort graves ».

Paul d'Egine (654 ans après J. C) était partisan de l'exérèse totale des tonsilles en ces termes :

« Nous fixons l'amygdale avec une érigne, nous l'attirons ensuite autant que faire se peut, sans entraîner les membranes circonvoisines. Puis nous extirpons la glande toute entière de la cavité, qui la contient, au moyen d'un bistouri ».

L'amygdalectomie tombe ensuite dans l'oubli.

Fabrice, d'Aquapendente pourtant, propose, en 1557, l'arrachement avec les pinces, mais sans oser la pratiquer.

Elle est enfin reprise par Caqué, de Reims, par

Wisemann et par l'Italien Borelli, mais elle resta toujours un procédé d'exception jusqu'au moment où les Américains, au début du siècle, s'en firent les ardents défenseurs. A la suite de Beck, Ingals et Feer Sluder, Hopmann, Denker, Henke, en Allemagne, Vacher, Jacques, Lermoyez, en France, la vulgarisèrent en Europe, de sorte qu'aujourd'hui l'amygdalectomie est considérée comme la seule opération, légitime et rationnelle.

La vogue de l'amygdalectomie croissant, il en fut aussi des méthodes, qui se multiplièrent. Mais, quelque soit leur nombre et les modalités opératoires, toutes, aussi bien les méthodes rapides (procédé de l'anse froide ou diathermique, procédé de la guillotine de Sluder Ballenger), que les méthodes lentes, toutes sont basées sur le fait anatomique suivant :

L'amygdale contractée avec sa loge des adhérences, lâches en haut, mais fortes en bas. Il existe un véritable hile tonsillaire, fixant le pôle inférieur au fond de la loge et empêchant son énucléation des piliers. La section à l'anse de ce hile permet alors l'énucléation de l'amygdale.

La technique de Taptas « se base, au contraire, sur le fait tout à fait opposé, d'après lequel l'amygdale est énucléable dans sa totalité comme un athérome, presque du cuir chevelu » (1).

1. *Annales des maladies de l'oreille, nez, larynx et pharynx* (page 1094).

CHAPITRE II

ANATOMIE DE L'AMYGDALE

L'anatomie de l'amygdale est bien connue. Aussi n'est-ce pas notre intention d'en donner une description complète, tant de sa configuration extérieure, que de ses rapports.

Néanmoins, au cours de ce rappel anatomique, nous nous proposons d'envisager la structure de la tonsille et ses rapports, d'une part avec la loge, qui la contient, d'autre part, avec les vaisseaux, afin de montrer que l'amygdalectomie extracapsulaire par traction est possible et qu'elle ne peut pas entraîner des dégâts vasculaires importants.

Anatomie.

L'amygdale est un organe lymphoganglionnaire, formant le plus important des éléments lymphoïdes du pharynx, qui concourent à la formation du cercle lymphoïde de Waldeyer.

Elle est située sur la face latérale de l'isthme buccopharyngé, entre les piliers — au-dessus de la

langue — au dessous du voile, dans la loge amygdalienne.

Elle est légèrement oblique en bas et en arrière.

Structure de l'amygdale.

La tonsille palatine est constituée par un amas de follicules clos, limité vers la surface par une muqueuse, et vers la profondeur par une capsule, qui se continue avec le chorion de la muqueuse, au niveau des bords. Cette lame fibreuse envoie des prolongements en cloisons, qui s'intriquent avec le tissu réticulaire et les invaginations cryptaires de la muqueuse. On voit donc l'impossibilité de pratiquer une amygdalectomie intracapsulaire. L'amygdalectomie doit être extracapsulaire.

La tonsille palatine ainsi individualisée se trouve dans une loge, ouverte vers la cavité buccopharyngée.

La loge amygdalienne.

A. Est formée en avant, par le pilier antérieur et par la base de la langue.

La muqueuse de la tonsille se prolonge sur la face antérieure du pilier et sur la base de la langue par le repli de His.

On peut donc en déduire que l'amygdale peut être détachée très facilement de la paroi antérieure de la loge, à laquelle elle adhère très peu.

B. *La paroi postérieure* de la loge est formée : par le pilier postérieur, par le repli pharyngo-épiglottique.

La tonsille n'adhère pas à la paroi postérieure, dont elle est séparée par le recessus amygdalien postérieur.

C. *La paroi supérieure* de la loge est formée par le voile où se terminent les deux piliers.

La tonsille n'y adhère nullement, parce qu'elle en est séparée par la fossette sus-amygdalienne.

D. *La paroi inférieure* est formée par le repli glosso-épiglottique latéral.

Là encore, pas d'adhérences, puisque le pôle inférieur en est distant de 2 cm.

E. *La paroi externe* de la loge est formée par la paroi pharyngée. Celle-ci est constituée, de dedans en dehors (1) :

1° Par l'aponévrose intrapharyngienne ou capsule de l'amygdale ;

2° Par l'amygdaloglosse ;

3° Par le constricteur supérieur, entrecroisé avec le

4° Constricteur moyen et les digitations antérieures du stylopharyngien.

Cette paroi est recouverte par l'aponévrose péri-

pharyngienne, qui sépare l'amygdale de l'espace maxillo-pharyngien.

Suivant les termes de Viela (1), ce feutrage musculaire formé d'éléments différents : pharyngoglosse, portion mylohyoïdienne du constricteur supérieur, pharyngo-tonsillaire du constricteur moyen, aboutit à un véritable treillis musculaire « qui constitue la toile de fond de la région amygdalienne, faisant table entre ce qui est loge tonsillaire et espace latéropharyngé ».

Les recherches de A. Viela ont montré que la capsule est unie de façon très lâche à la paroi fibro-contractile sus-décrite et qu'il y a entre les deux un espace clivable, qui peut être utilisé en chirurgie.

Les auteurs, cependant, opposent le segment supérieur de la capsule à sa partie basse. En haut, le tissu cellulaire est très lâche. Il y a une véritable zone décollable.

En bas, le décollement est difficile, parce que la capsule reçoit sur sa face externe :

1° Les ramifications de l'artère tonsillaire, qui l'abordent au niveau de son tiers inférieur ;

2° Des ramifications veineuses, se groupant au niveau des piliers ;

3° Le plexus tonsillaire, émané du glosso-pharyngien ;

4° Le muscle pharyngo-tonsillaire, s'insérant sur le tiers inférieur de la capsule ;

1. VIELA, thèse Toulouse, 1925.

5° Des adhérences existent au niveau du pilier postérieur où le pharyngo-staphylin échange quelques fibres avec la capsule (Truffert).

En réalité, ces ramifications artérielles et veineuses n'opposent pas une grande résistance. Les fibres musculaires décrites sont toujours faibles et peuvent manquer, de sorte que en dehors, comme au niveau des autres parois de la loge, l'exérèse de l'amygdale ne comporte pas d'obstacle. C'est pour cette raison, que le D^r N. Taptas peut à juste titre soutenir que l'amygdale, sous l'influence d'une simple traction, est parfaitement énucléable dans sa totalité.

« Dans les cas mêmes où, à la suite d'inflammations passées, la tonsille se trouve adhérente aux parois de la loge, l'exérèse s'obtient sans la moindre déchirure des tissus environnants » (D^r N. Taptas).

Rapports à distance

Ainsi située dans sa loge, l'amygdale est en rapport médiate avec les cavités où elle fait saillie :

En avant ; le pilier antérieur la sépare de la cavité buccale.

En dedans ; elle fait saillie dans l'isthme du gosier.

En arrière ; le pilier postérieur la sépare de l'oropharynx.

Mais les rapports, *les seuls importants, sont ceux*

de sa face externe. Ceux-ci se font par l'intermédiaire de la lame fibrocontractile du pharynx. Ce sont avant tout des rapports vasculaires. Aussi conçoit-on leur intérêt, vis-à-vis de l'amygdalectomie.

Dans la paroi pharyngée, plus exactement dans l'aire amygdalienne de Meckel, limitée en haut par le constricteur supérieur, en bas, par le constricteur moyen, en avant, par le styloglosse, en arrière, par le stylo-pharyngien, cheminent :

2 nerfs : *a)* rameau lingual du VII.

b) glosso-pharyngien, qui prend part à la constitution du plexus amygdalien.

2 artères : *a)* la palatine ascendante.

Branche de la faciale, elle donne l'artère tonsillaire.

L'artère faciale, anormalement, peut se rapprocher de la paroi pharyngée.

b) la pharyngienne ascendante, née de la carotide externe, chemine le long du stylo-pharyngien. Elle se trouve donc plus éloignée de la capsule amygdalienne que la palatine ascendante.

La paroi pharyngée forme la paroi interne de la région sous angulo-maxillaire. Le diaphragme stylien divise cette région en 2 espaces :

En arrière : Espace sous-parotidien postérieur.

En avant : Espace sous parotidien antérieur.

Dans l'espace postérieur, monte la carotide interne, obliquement en arrière pour Descomps, verticalement pour Sébilleau. Rieffel a montré qu'elle se trouvait à 2 cm. en arrière d'un plan, passant par le pilier postérieur. Elle est donc hors de cause dans l'amygdalectomie. Sébilleau a montré qu'elle pouvait cependant par des flexuosités anormales se rapprocher du pôle supérieur de l'amygdale.

Dans l'espace antérieur, monte la carotide externe. Avant de s'engager entre le stylo-hyoïdien et le styloglosse, elle décrit une courbe à convexité antéro-interne, qui la rapproche à 1 cm. ou 2 cm. de l'amygdale, au niveau du pôle inférieur.

Les rapports vasculaires de l'amygdale permettent donc de conclure que l'amygdalectomie, la plus étendue, soit-elle, ne peut entraîner, si elle est correctement exécutée, de lésions vasculaires importantes.

Jacques et Molinié (1) écrivent :

« Sur ce qui est des carotides interne et externe, il est difficile de concevoir comment une excision d'amygdale pourrait réussir à les léser avec les procédés actuels ».

Ils écrivent aussi :

« Si les vaisseaux sous-jacents de la loge amygdalienne devaient être entraînés à la suite de l'amygdale au cours de l'exérèse, c'est le tronc de la tonsillaire, puis celui de la palatine, très exception-

nellement la faciale, qui seraient en cause (1) ».

L'amygdalectomie ne comporte donc que la blessure des vaisseaux du hile. L'artère tonsillaire, qui commence à se diviser dans la paroi fibroélastique du pharynx, se ramifie au niveau du pôle inférieur de la capsule. Elle donne aussi un rameau moins important au pôle supérieur. L'hémorragie est importante, au cas où les branches de cette artère seraient anormalement développées.

Un point reste à préciser. Que deviennent ces artères au cours de l'amygdalectomie par traction ?

Fortement étirées au point de se déchirer, les artères se rétractent ensuite. Cette rétraction de la couche musculaire de l'artère favorise la formation du caillot et assure la sécurité de l'hémostase.

Ce rappel anatomique permet donc de conclure :

1^o Etant donné la structure de l'amygdale, toute amygdalectomie est extracapsulaire ;

2^o Etant donné les rapports de l'amygdale et de sa loge, l'amygdalectomie par traction est légitime et possible. ;

3^o Etant donné les rapports vasculaires de l'amygdale, l'amygdalectomie en général entraîne un risque hémorragique, lié à l'importance des vaisseaux tonsillaires. Ce risque est diminué au cours du procédé du Dr Taptas, par la contractilité des artères.

CHAPITRE III

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

I. — L'instrumentation.

Comprend : 1 abaisse-langue de Châtellier.

1 ouvre-bouche de White Head.

1 crochet pointu.

2 spatules mousses résistantes.

2 pinces à prétension solides, à mors dentés.

II. — Préparation du malade.

Précautions anté-opératoires.

« L'amygdalectomie totale comporte indiscutablement des risques opératoires menaçants : l'hémorragie et l'infection. Ces complications seront très rares, si le chirurgien a pris toutes les précautions pour les éviter » (Professeur Georges Canugt) (1).

Les précautions anté-opératoires ne doivent donc

1. Vie Médicale, 25 octobre 1931.

pas être négligées, car elles permettent d'éviter les complications qui menacent la tonsillectomie. Bien qu'elles ne soient pas particulièrement de mise dans l'emploi de notre procédé, nous nous permettrons, cependant, en raison de leur importance, de les schématiser rapidement.

Eviter l'hémorragie.

1^o En n'opérant pas au decours des poussées d'amygdalite ;

2^o Opérer loin des règles ;

3^o Dépister, par l'interrogatoire et les examens de laboratoire, une tare hépatique latente ;

4^o Pratiquer les épreuves du temps de saignement et de coagulation ;

5^o Préparer le malade en lui donnant, au moins quatre jours avant l'intervention, une médication hémostatique. Le chlorure de calcium, par exemple, peut être utilisé à la dose de 3 à 4 grammes par jour ;

6^o Quelques laryngologistes (Philip, de Bordeaux) préconisent une heure avant l'intervention, une injection de sérum.

Eviter l'infection.

Les précautions, employées avant tout acte chirurgical élémentaire, sont de mise.

1^o N'employer que des instruments dont on est sûr de la stérilisation ;

2^o Désinfection soigneuse des mains par savonnage et brossage méthodiques, suivies de lavage à l'alcool, durant 10 minutes ;

3^o Par contre, il est impossible d'avoir une asepsie du champ opératoire. Il faut, cependant, assurer la désinfection buccale préalable en faisant traiter les caries dentaires et en prescrivant les jours, qui précèdent des gargarismes iodés, aux adultes, des solutions bicarbonatées sodiques, aux enfants.

III. — Anesthésie.

L'anesthésie a pour but de :

1^o Supprimer la douleur ;

2^o Supprimer les réflexes.

Trois méthodes restent en présence, pour atteindre ce double but, au cours de la tonsillectomie :

Anesthésie générale ;

Anesthésie locale ;

Anesthésie locorégionale.

On conçoit que l'anesthésie soit étroitement liée à la technique. A une intervention longue, une anesthésie longue. Aussi, le procédé du Dr Taptas étant remarquable par sa rapidité, n'est-il pas besoin d'obtenir un « silence pharyngé total ». Mais, d'autre part, on connaît aussi les douleurs souvent très vives, ressenties par nos opérés d'amygdalectomie.

Aussi l'anesthésique doit-il tendre à supprimer aussi les douleurs post-opératoires. C'est dire, dès maintenant, que l'anesthésie locale garde ici ses indications.

Nous examinerons rapidement, les méthodes et leurs indications respectives.

A. Anesthésie générale.

L'emploi de l'anesthésie générale, au cours de la chirurgie amygdalienne, est de beaucoup antérieur à celui de l'anesthésie locale.

Pour les anesthésies longues, on utilise :

1° Le chloroforme, mais il exige la position couchée;

2° L'éther (Vandenshueren, appliqué avec le masque de Bonnet);

3° Des mélanges genre Schleich, purs ou additionnés d'essences balsamiques.

Pour les anesthésies courtes, on a préconisé successivement :

1° Le somnoforme, mais son action est trop fugace;

2° Le protoxyde d'azote, mais son maniement est très délicat;

3° Le bromure d'éthyle et surtout le chlorure d'éthyle.

Quel que soit son mode d'administration, il donne une narcose rapide, d'assez courte durée, suivie d'un réveil rapide. Depuis la substitution de

la tonsillectomie totale à la tonsillectomie partielle, il aurait perdu du terrain, par rapport aux anesthésiques de longue durée. On connaît, en effet, combien l'intervention continuelle de l'anesthésiste est gênante au cours d'une amygdalectomie. Le masque forme écran. On ne peut pas l'appliquer en cas de présence d'un instrument dans la gorge. Cependant, étant donné la rapidité de notre procédé, une seule bouffée de chlorure d'éthyle suffit. Aussi celui-ci garde-t-il ses indications parfois chez l'adulte, mais toujours chez l'enfant.

B. *Anesthésie locale,*

L'anesthésie locale s'obtient par imbibition, par infiltration.

Il est bon d'associer les 2 modes, le premier, préparant le second. Nous n'insisterons pas sur les détails de technique.

Tout au plus dirons-nous que :

1^o Pour l'anesthésie par imbibition, les uns préfèrent le porte-coton au pulvérisateur, les autres, à la seringue à instillation ;

2^o Pour l'anesthésie par infiltration, 3 piqûres suffisent :

Au niveau du pilier antérieur, de haut en bas ;

Au niveau du pilier postérieur ;

Au niveau du hile, à travers le pilier antérieur :

Tout au plus, est-il recommandé :

- 1^o D'éviter de traverser avec l'aiguille, le tissu amygdalien, toujours infecté ;
- 2^o D'essayer d'injecter la zone décollable, extracapsulaire, en exerçant une forte traction sur l'amygdale.

Il est beaucoup plus intéressant de se demander devant la multiplicité des anesthésiques, dérivés de la cocaïne, lequel est préférable.

Pour l'inhibition, on utilise : la cocaïne, la tuto-caïne, la butelline, la psicaïne, le bonain.

Pour l'infiltration, on utilise surtout la novocaïne.

La puissance anesthésique de ces produits paraît suffisante. Mais ils sont toxiques et leur action est éphémère. Aussi, malgré les accidents observés, beaucoup de laryngologistes sont-ils restés fidèles à la cocaïne, pour l'anesthésie par inhibition. Voici les conditions que Braun impose à un succédané de la cocaïne :

- 1^o Le produit doit être, en proportion de son pouvoir anesthésique local, beaucoup moins toxique que la cocaïne ;

- 2^o N'ayant aucune action nocive sur les tissus, il doit être résorbé à l'endroit de l'application, sans effet ultérieur, sans dilatation excessive des vaisseaux, ni inflammation, infiltration ou nécrose ;

- 3^o Il doit se dissoudre facilement dans l'eau. Ses solutions doivent être stables et stérilisables ;

4° Il peut être associé à la suprarénine ;

5° Il doit pouvoir pénétrer dans la muqueuse.

Le professeur G. Canuyt estime, que le produit doit avoir un effet plus prolongé que les anesthésiques locaux et supprimer les douleurs post-opératoires.

« La percaïne, écrit-il, est un nouveau produit, qui semble réaliser les conditions, que nous venons de poser » (1).

La percaïne est le chlorhydrate de la diéthyl éthylenédiamide de l'acide butyl-oxy-cinchoninique. Elle dérive de la quinoléine comme le vioforme. Ce n'est donc pas un succédané de la cocaïne.

La percaïne est soluble dans l'eau. Ses solutions sont neutres et stérilisables par la chaleur. On peut y associer l'adrénaline.

L'étude expérimentale et pharmacologique de ce produit, due à Fr. Uhlmann, a montré que, si la percaïne est plus toxique que la cocaïne, les doses nécessaires sont 10 fois plus petites, mais surtout qu'elle a sur tous les autres nouveaux anesthésiques le grand avantage d'agir avec intensité sur les muqueuses, d'être stérilisable par la chaleur et de produire des effets de longue durée.

POSOLOGIE. — Pour l'anesthésie de surface, on utilise la solution à 1/100, additionnée de X gouttes d'adrénaline pour 20 cmc.

Pour l'anesthésie par infiltration, on utilise la solution à 1 0/00, additionnée de X gouttes d'adrénaline pour 20 cmc.

L'adrénaline est nécessaire pour corriger l'effet vasodilatateur de l'anesthésique.

RÉSULTATS. — Il ressort des travaux consacrés à la percaïne, par Hirsh (Stuttgart), Rosenstein (Breslau), Kledstadt (Breslau), Prevot (Marseille) et surtout Canuyt (Strasbourg), que :

L'action de cet anesthésique est rapide, mais surtout qu'elle est prolongée. Aussi son indication est-elle tout à fait de mise pour la tonsillectomie, qui entraîne, dans les heures qui suivent, une symptomatologie douloureuse si pénible. « J'attire, écrit encore Canuyt, votre attention sur les avantages de cette anesthésie prolongée, car tous nos opérés d'amygdales souffrent beaucoup durant les heures qui suivent l'intervention.

Nous-mêmes avons eu l'occasion de voir, dans différents services otorhinolaryngologiques des hôpitaux parisiens, les bons résultats obtenus régulièrement avec cet anesthésique (Hôpital Enfants-Malades).

La percaïne permet donc de réduire au minimum les accidents de l'anesthésie locale (Accidents nerveux, respiratoires, circulatoires) qui, le plus souvent, ébauchés et fugaces, revêtent parfois une gravité exceptionnelle.

C. *Anesthésie locorégionale.*

A l'anesthésie par infiltration, le professeur George Portmann adjoint l'infiltration tronculaire des 2 nerfs palatins postérieurs et du glossopharyngien (1). Yanchauer et Thompson assurent que le blocage de ces 2 nerfs suffirait à assurer l'anesthésie de l'amygdale.

Nous n'avons pas ici à prendre position dans la discussion encore ouverte sur les indications respectives de l'anesthésie générale et de l'anesthésie locale, voire locorégionale.

A une technique rapide correspond une anesthésie courte. C'est ainsi que le Dr Taptas utilise le chlorure d'éthyle chez l'enfant et l'anesthésie locale par infiltration chez l'adulte.

IV. — Manuel opératoire.

Position de l'opéré. — Situation assise, face à l'opérateur, maintenu sur une chaise de contention.

Position du chirurgien. — En face de l'opéré ayant à sa droite les instruments stérilisés ; à sa gauche, le matériel anesthésique.

Pas d'aide, sauf si on utilise l'anesthésie générale.

1. Thèse ORGOZZO, 1925.

Nous allons décrire maintenant l'intervention telle que le D^r Taptas l'a présentée au Congrès d'O.-R.-L. de 1930 à Paris, et telle que nous la lui avons vue appliquer dans le service du D^r Bourgeois, à l'hôpital Laennec.

1^{er} TEMPS. — *Trouver le plan de clivage extra-capsulaire*, afin d'amorcer le décollement de la tonsille.

A l'aide du crochet pointu, on entame superficiellement la muqueuse, au point d'union des 2 piliers antérieur et postérieur, sans léser ni les piliers, ni la capsule amygdalienne.

On voit ainsi le pôle supérieur arrondi et réuni par du tissu cellulaire très lâche aux parois de la loge.

Le pôle supérieur étant mis à découvert, il est bon de préparer le décollement en insinuant le crochet, la pointe, tournée en bas :

Entre la tonsille et le pilier antérieur, d'une part ;

Entre la tonsille et le pilier postérieur, d'autre part.

2^e TEMPS. — *Décollement de l'amygdale.*

On introduit le bout arrondi de la spatule, au-dessus du pôle supérieur. On la tire en bas en pressant fortement sur l'amygdale. L'amygdale se décolle ainsi facilement. Puis, par un léger mouvement de

rotation du bout rond de la spatule, l'on décolle autant que faire se peut, les 2 piliers, déjà libérés.

3^e TEMPS. — *Arrachement de l'amygdale.* Déchirement du pédicule.

On introduit obliquement la pince. — Dirigée vers la droite et manche dans le plan de la commissure opposée, si amygdale droite.

Dirigée vers la gauche et manche dans le plan de la commissure droite, si amygdale gauche.

La prise se fait ainsi. — Le mors inférieur est placé sous la tonsille. Il appuie fortement ; l'amygdale bascule en dedans.

Le mors supérieur est placé dans la loge amygdalienne, au-dessus du pôle supérieur.

La glande étant ainsi saisie et *décollée*, on tire :

Soit lentement, sans à-coups.

Soit brusquement, d'un coup sec.

Soit d'un léger mouvement de torsion, combiné au mouvement de traction.

On peut suivre ainsi la déchirure progressive des minces adhérences, unissant la glande aux parois de la loge.

En résumé, l'intervention se fait de la façon la plus simple : un coup de crochet à droite, puis à gauche ;

Un ruginage rapide à droite, puis à gauche.

L'arrachement des 2 amygdales, droite et gauche.

Difficultés de l'intervention. — Elles sont de 2 ordres :

Le décollement de l'amygdale ne se fait pas.

La traction est difficile.

Dans le 1^{er} cas : 1^o c'est que le plan de clivage extracapsulaire n'est pas trouvé. Il faut en effet placer la rugine entre la glande et la paroi externe de la loge. Il faut donc enfoncer le crochet, juste au-dessus du pôle supérieur.

2^o Ou bien, par suite d'amygdalites à répétition, des adhérences solides se sont établies entre la capsule et la paroi de la loge. Dans ce cas, il est parfois nécessaire d'amorcer le décollement aux ciseaux.

Dans le 2^e cas, si chez les enfants, l'amygdale suit la pince sans la moindre résistance, il n'en est pas de même chez des adultes, où par suite de poussées inflammatoires fréquentes et répétées, le plan de clivage est comblé par de solides adhérences. Cela ne doit pas être un obstacle.

Le Dr Taptas écrit :

« Nous avons toujours tiré jusqu'à ce que l'amygdale fut sortie. Nous n'avons jamais eu le moindre incident. Jamais de déchirure des tissus. Jamais d'hémorragies incoercibles » (1).

1. *Annales des maladies de l'oreille*, p. 1097.

V. — Suites et soins post-opératoires.

Les suites opératoires de l'amygdalectomie par traction sont les mêmes que celles de l'amygdalectomie en général. Tout au plus, par suite de l'extrême rapidité de l'intervention, sont-ils réduits au minimum. D'autre part, comme ce procédé est peu traumatisant et n'expose pas à l'hémorragie, l'opéré n'a pas besoin d'une surveillance plus attentive. Les soins habituels seront donc de mise (Repos, gargarismes, alimentation liquide pendant 2 jours, purgation saline, le lendemain de l'intervention).

CHAPITRE IV

VALEUR DU PROCÉDÉ DE L'AMYGDALECTOMIE PAR TRACTION VIS-A-VIS DES COMPLICATIONS DE L'AMYGDALECTOMIE ET COMPARÉ AUX AUTRES MÉTHODES

Rapidité, exérèse totale, simplicité de l'acte opératoire, tels apparaissent déjà les caractères de l'amygdalectomie par traction. La question se pose, maintenant, de savoir si ce procédé, constituant un progrès, peut être préféré aux autres méthodes. En d'autres termes, à ces caractères s'en ajoute-t-il un autre ; la sécurité opératoire ?

Nous allons d'abord rappeler rapidement les accidents, que l'on peut observer au cours de l'amygdalectomie, puis les différentes méthodes opératoires. Enfin, nous terminerons en étudiant la valeur de la sécurité, qu'assure le procédé préconisé par le Dr Taptas.

1^o *Complications de l'amygdalectomie.*— Certaines techniques exposent à des accidents. C'est ainsi, que, dans le procédé à l'anse, on peut observer la dila-

cération de l'amygdale, voire même la section de la luette. D'autres, comme le Sluder, exposent à des lésions des piliers. En réalité, 2 grandes causes se partagent les complications post-opératoires de cette intervention, l'une, rare: l'infection; l'autre, plus fréquente: l'hémorragie.

Accidents infectieux (1). Notons rapidement :

Accidents locaux :

Pharyngite aiguë diffuse.

Empyème du recessus palatin.

Suppurations périlaryngées et péripharyngées.

Accidents par métastase lymphatique :

Adénite et adéno-phlegmons cervicaux.

Accidents par métastases veineuses :

Septicémie.

Trombophlébites.

Localisations viscérales.

Complications pulmonaires :

Infarctus, gangrène, bronchopneumonie et surtout abcès du poumon.

On a observé des accidents infectieux spécifiques : diphtérie, scarlatine, tuberculose.

L'hémorragie est plus fréquente. C'est elle qui fait toute la gravité de l'amygdalectomie.

1. VIÉLA, Complications infectieuses post-opératoires de l'amygdalectomie (*Pratique Médicale*, octobre 1929).

Elle siège :

Dans le parenchyme, si amygdalectomie incomplète.

Dans les parois de la loge, au niveau du hile (Jacques), à la partie moyenne, au pôle supérieur (Escat, Davis).

Dans la loge vasculaire.

C'est une hémorragie capillaire, veineuse, artérielle.

Cliniquement, on distingue :

L'hémorragie opératoire :

bénigne, le plus souvent;

graves; cataclysmiques (Sébileau).

L'hémorragie post-opératoire :

Précoce, moins de 24 heures après l'intervention.

Tardive, survenant le 6^e jour.

Ces hémorragies sont graves. Elles nécessitent une hémostase rapide (soit pose de ligatures, soit suture des piliers, soit ligature de la carotide externe). La transfusion reste toujours indiquée.

2^o *La multiplicité des méthodes* rend bien compte des difficultés de l'amygdalectomie totale. Il est difficile d'enlever complètement la tonsille en associant le maximum de sécurité au minimum de manœuvres. La classification, adoptée par Saint-Germain (1) au cours d'une leçon, qu'il fit à l'Enfant-

1. *An. mal. oreilles*, n^o 1.

Jésus, est toujours de mise. Il y a des méthodes lentes et des méthodes rapides.

Méthodes lentes ; l'opérateur recherche le plan de clivage : désenclave et énuclée la tonsille en procédant lentement, sans recourir à une instrumentation spéciale.

La technique, vulgarisée par Portmann, en position assise, convient surtout aux adultes, anesthésiés localement.

La technique de Le Mée, en position couchée, tête horizontale, se fait sous anesthésie générale.

La technique, position couchée, tête pendante est surtout utilisée en Amérique.

Méthodes rapides. Citons, sans les décrire :

Le procédé à l'anse froide (Vacher).

Le procédé à l'anse galvanique (Jacques).

Le procédé à l'anse diathermique (Samengo).

Le procédé de Sluder Ballenger.

Le procédé de La Force Popper.

Notons, seulement, que Vandenshueren, de Gramont, utilise la guillotine de Sluder comme un instrument de préhension, et surtout, qu'il substitue au clivage de la tonsille par le doigt, la traction simple sur l'amygdale.

3° Il est actuellement hors de cause, que toute amygdaléctomie bien conduite donnera un résultat parfait. Il est certain aussi, que tout procédé bien employé aboutit à une exérèse suffisante de la ton-

sille. Cependant la multiplicité des méthodes montre bien qu'aucune ne peut satisfaire pleinement aux critères d'une bonne intervention chirurgicale. *Associer la rapidité à la sécurité.* Cela ne veut pas dire que l'amygdalectomie par traction constitue le seul, l'exclusif procédé. Les autres méthodes gardent leurs indications. Le procédé que nous étudions en a simplement de plus étendues.

Je m'explique. On peut rejeter les méthodes lentes, parce qu'elles sont disproportionnées avec leur but. Elles nécessitent une anesthésie longue, profonde. La multiplicité des manœuvres, malgré la minutie de l'opérateur, augmente le risque d'infection.

Parmi les méthodes rapides, la plus séduisante paraît bien être le procédé de Sluder Ballenger. Mais, outre la difficulté de l'apprentissage, il ne faut pas oublier que ses indications sont restreintes. S'il donne d'excellents résultats chez l'enfant, il n'en est pas de même chez l'adulte, dont l'amygdale intravélique est le siège de poussées infectieuses à répétition. Chez celui-ci, « même entre les mains les plus expérimentées, il arrive que l'ablation soit incomplète » (Jacques et Molinié) (1).

Enfin, on ne saurait nier, non plus, son action traumatisante ; « la muqueuse des bords libres des piliers et de la loge est arrachée » ; le pilier postérieur est en partie enlevé, d'où rétractions fibreuses ultérieures.

1. Congrès d'O.-R.-L., 1930, p. 616.

Par contre, le procédé, que préconise le D^r Taptas, assure une sécurité opératoire presque absolue. Avec lui, le risque hémorragie est réduit au minimum, « puisqu'il n'est pas possible de couper en deçà, ni en delà de la capsule amygdalienne » (D^r Taptas) (1). Tout au plus, peut on observer un suintement artériel, redevable d'une simple pince à forcipressure.

« Dans un seul cas, écrit l'auteur, nous trouvant devant une femme débile, ayant subi une perte de sang considérable, nous avons remplacé la pince par deux agraphes, que nous avons laissées pendant 24 heures en place ».

Simplicité des manœuvres ; brièveté de l'acte chirurgical ; sécurité opératoire ; minimum de complications post-opératoires.

Ces 4 caractères confèrent à l'amygdalectomie par traction un avantage incontestable sur tous les autres procédés. Assurant une exérèse totale de la tonsille avec le minimum de risques, on peut donc le considérer comme le procédé de choix de l'amygdalectomie totale. Aussi est-ce fort de ces avantages, que le D^r Taptas, confiant dans son procédé, a pu étendre avec succès les indications de l'amygdalectomie.

1. *Annales maladies oreilles*, loc. cit.

CHAPITRE V

INDICATIONS DE L'AMYGDALECTOMIE PAR DÉCHIREMENT DU PÉDICULE

Généralités.

Les avantages de ce procédé, dont nous avons d'abord montré la base anatomique et dont nous avons examiné, après l'avoir longuement et minutieusement décrit, avec les soins pré et post-opératoires, la sécurité opératoire vis-à-vis des accidents de la tonsillectomie et des autres méthodes, préconisées tant en France qu'à l'étranger, tant aujourd'hui qu'hier, les avantages certains, qu'il comporte, dis-je, rapidité, exérèse totale, sécurité opératoire, permettent à coup sûr, dans la plupart des cas, de le préférer aux autres méthodes.

Ses indications sont donc celles de l'amygdalectomie, c'est-à-dire les amygdalites chroniques, soit hypertrophiques, soit intravélaires. Mais nous irons plus loin. Etant donnée la sécurité que confère son procédé, le Dr N. Taptas n'a pas craint de l'utiliser au cours de phlegmons périlaryngés et d'angines aiguës graves.

Les observations qui vont suivre et que nous devons à l'obligeance du Dr Taptas, vont permettre d'illustrer ce travail, en montrant que dans les conditions où son procédé a été appliqué, — conditions qui sont encore pour beaucoup d'auteurs des contre-indications formelles à toute amygdalectomie, — le Dr Taptas n'a observé aucun accident, ni opératoire, ni post-opératoire. Et cela n'est-ce point encore une preuve indirecte de l'excellence de son procédé ?

D'autre part, l'amygdalectomie par traction permet ainsi d'élargir le cadre de l'amygdalectomie, jusque-là réservé uniquement aux amygdalites refroidies depuis plus d'un mois, comme jadis où toute appendicectomie, après les 48 premières heures, était rigoureusement condamnée.

Clinique.

L'évolution d'une angine est très variée.

Cas favorables. — Au bout de 5 ou 6 jours, elle se termine par la résolution. Elle laisse cependant parfois persister après elle un certain degré de pâleur, un peu de fièvre, un léger engorgement ganglionnaire, qui disparaissent avec l'infection amygdalienne.

Cas moins favorables. — L'angine aboutit à un phlegmon péri-amygdalien. Celui-ci guérit spontanément par ouverture ou après incision, soit au

niveau du pôle supérieur de l'amygdale, soit à travers le voile.

Cas rares et graves. — L'infection dépasse la région amygdalienne et gagne, par les voies lymphatiques, les ganglions de la chaîne jugulaire interne.

On a ainsi observé de la thrombophlébite de la veine jugulaire, se compliquant d'accidents septicopyohémiques et méningés. L'évolution de ces cas, qui, quoique rares, ne sont pas exceptionnels, est rapidement fatale.

Jusqu'ici, le traitement médical est seul de mise dans le premier groupe de faits. Mais, étant donné les caractères de l'amygdalectomie par déchirement du pédicule, il est logique de la proposer au cours des phlegmons périamygdaliens, afin d'assurer un large drainage de la loge amygdalienne et faire en même temps la cure radicale du phlegmon périamygdalien (1). La question reste encore à préciser, savoir :

Etant donné la difficulté du diagnostic de la thrombophlébite de la veine jugulaire et la gravité d'une telle complication, qui peut cependant s'observer ;

Etant donné, d'autre part, le peu de risques que comporte l'amygdalectomie totale par ce procédé que nous étudions ;

1. TAPTAS, *Ann. mal. oreilles*, loc. cit.

Y a-t-il lieu d'étendre aux angines aiguës, pour peu qu'elles soient trainantes et s'accompagnent d'altération de l'état général, le traitement, jusqu'à réservé aux amygdalites chroniques : la tonsillectomie par traction.

Observations.

Ces observations m'ont été communiquées par le Dr Taptas. Elles ont trait respectivement à l'emploi de son procédé, au cours d'angines aiguës graves, de phlegmons périamygdaliens, de septicopyohémie par thrombophlébite de la veine jugulaire interne. Je me permets tout particulièrement d'insister, bien que cela ne soit pas le sujet de ma thèse, sur l'observation 7, où l'origine lymphatique de la septicémie phlébitique, déjà défendue par Uffenorde au Congrès International de Copenhague, semble bien démontrée.

Observation 1. — Mme C... âgée de 24 ans, 1924, sujette à de maux de gorge fréquents, est prise, à la suite d'une opération de la vésicule biliaire exécutée à l'hôpital de l'Evanguélismos d'Athènes, d'une légère amygdalite accompagnée de légère fièvre. Les manifestations amygdaliennes étant minimes, on n'y attribua pas d'importance, mais dans quelques jours elle présenta une tuméfaction phlegmonneuse à l'angle de la mâchoire que son médecin dut inciser et drainer. Quelques jours plus tard toute la région parotidienne et rétroauriculaire étant tuméfiée et du pus se met-

tant à couler par l'oreille, je fus appelé en consultation, me trouvant de passage à Athènes. Je fis le diagnostic d'un phlegmon paraamygdalien et conseillai l'opération de l'amygdale, mais l'altération de celle-ci était tellement légère qu'on ne lui donna pas l'importance méritée. Avec le traitement suivi, l'écoulement de l'oreille tarit ; le phlegmon du cou se cicatrisa, mais la fièvre de la malade continuait avec tendance à la cachéxie.

Appelé de nouveau pour voir la malade, je constatai que l'amygdale était toujours tuméfiée et que la luette était oedématisée. Son énucléation fut enfin acceptée et exécutée. L'amygdale enlevée présentait une capsule infiltrée et fongueuse mais il n'y avait pas d'abcès périamygdalien. La malade guérit sans incidents.

Observation 2. — M. Y... âgé de 30 ans est entré à l'hôpital anglais de Istambul en 1929 avec une fièvre septique élevée survenue à la suite d'une angine, datant depuis une semaine. Au moment de son entrée, l'amygdale gauche était enflée de même que la région de l'angle de la mâchoire inférieure. Sa température était à 40°, ses urines contenaient deux grammes d'albumine, son genou gauche était enflé de même que sa jambe gauche.

Le jour même nous lui avons fait l'énucléation de l'amygdale malade et fait ouvrir l'articulation du genou qui contenait du pus et incisé les parties suppurées de la jambe malade. Le pus examiné contenait du streptocoque. La plaie de l'amygdale se cicatrisa normalement, la région cervicale guérit de même mais le malade succomba aux suites de sa néphrite et de son infection.

Observation 3. — M. X... âgé de 21 ans est atteint (1930) d'une amygdalite gauche datant depuis une semaine, avec trismus intense, fièvre élevée, et tuméfaction de l'angle de la mâchoire. Présumant que le pus ne serait pas trouvé par une incision nous proposons au malade de venir à la clinique. Commenant par l'énucléation de l'amygdale sous anesthésie locale, nous ne trouvons pas d'abcès, bien que l'amygdale fut infiltrée et fongueuse. Passant alors à la région cervicale nous faisons une longue incision sous anesthésie locale au niveau du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien. Les tissus sous cutanés sont tout à fait normaux mais en arrivant à la région des grands vaisseaux, nous tombons sur un grand décollement du pharynx avec sphacèle des tissus. Nous faisons un drainage en introduisant deux longs drains, les tissus sphacelés s'éliminent graduellement et le malade guérit.

Observation 4. — M. B. ., ministre du Chili, nous appelle pour une angine simple localisée surtout à gauche. Nous lui prescrivons le traitement d'usage. Il nous demande après une dizaine de jours se plaignant de douleurs intenses et de température élevée. Pas de trismus, pas de frissons, la région de l'angle de la mâchoire est enflée. Présumant que l'incision ne donnerait pas de pus nous demandons l'autorisation d'enlever, en cas d'incision négative l'amygdale. L'amygdale est enlevée sans rencontrer un abcès periamygdalien, mais en examinant bien la loge amygdalienne nous constatons une gouttelette de pus au niveau du pôle inférieur. Examinant alors avec un crochet amygdalien la paroi externe de la loge amygdalienne, nous entrons dans un large

abcès préstylien que nous vidons. Le malade guérit sans incident.

Observation 5. — Voilà quelques mois nous avons été invitée à examiner Mlle S..., âgée de 22 ans atteinte d'angine aiguë depuis trois jours. Elle était soignée par deux professeurs éminents de notre ville qui n'avaient rien constaté d'inquiétant.

A notre examen, nous avons trouvé l'amygdale droite entièrement guérie tandis que la gauche était encore légèrement congestionnée et présentait une petite fausse membrane dépassant sur le pilier antérieur. La température était à 37°4, mais la malade se plaignait d'une légère tuméfaction diffuse derrière l'angle de la mâchoire inférieure, très douloureuse au toucher. Son état général était excellent, elle était assise dans son lit, recevait des amis et causait comme si rien n'était. La seule chose qui la préoccupait c'était la tuméfaction rétromaxillaire car elle ne voulait pour rien au monde avoir à subir une incision qui lui laisserait une trace cicatricielle.

L'examen de la fausse membrane montra la présence du streptocoque, le Löffler n'existait pas. D'ailleurs, entre temps, la température tomba à la normale et la fausse membrane ainsi que toute inflammation de l'amygdale avaient disparu.

Deux jours après, nouvelle poussée de la température à 37°8 et reprise des douleurs à gauche. Nous pensons à la probabilité de la formation d'un abcès périlabial. Nous faisons une injection d'omnadine et nous appliquons des compresses d'alcool sur le cou.

Le jour suivant, amélioration locale et générale. La

malade refuse pourtant une seconde injection d'omnadine, celle de la veille lui ayant donné, de son dire, un léger frisson. Vu l'amélioration de l'état local et son parfait état général, nous n'attribuons pas d'importance à ce petit frisson.

Nous revoyons la malade deux jours plus tard à 9 heures. Elle se plaint d'avoir passé une nuit plutôt agitée, mais elle dit se sentir de nouveau tout à fait bien et réclame à quitter le lit. Sa température étant pourtant à 37°6, nous le lui refusons.

Etant invité d'urgence, vers les quatorze heures, nous trouvons la malade enveloppée dans une couverture et nous apprenons qu'elle venait d'avoir un grand frisson. Prenant sa température, nous trouvons 40°9. Devant ce frisson et la haute température, nous posons le diagnostic de thrombophlébite de la veine jugulaire et nous proposons l'opération d'urgence. Celle-ci ne put être faite que 36 heures plus tard, à cause du refus de sa mère qui s'y opposa prétendant que sa fille n'avait rien de sérieux, que souvent elle aurait d'ailleurs eu des attaques pareilles et que même une fois on aurait été sur le point de l'opérer à la clinique Valmont en Suisse mais sur sa demande on avait fini par la guérir sans intervention. La malade elle-même exprimait son vif étonnement de ce que nous ne voulions pas admettre qu'elle allait déjà beaucoup mieux et que même la tuméfaction et les douleurs de la région cervicale avaient beaucoup diminué.

Opération à 19 heures et à la condition formelle posée tant par sa mère que par les médecins consultants, que celle-ci serait plutôt exploratrice. Petite incision juste au-

dessus de la clavicule dans le but d'inspecter la jugulaire, loin du foyer de la maladie. Après l'incision de la peau, du tissu cellulaire et du peaucier, nous tombons sur un tissu compact impossible à disséquer et nous avons toutes les peines du monde à reconnaître les parois de la veine jugulaire que nous avons déjà déchirées. Celle-ci était vide de tout sang, aussi loin qu'on pouvait la suivre derrière la clavicule. En la disséquant de bas en haut pour la résséquer nous avons trouvé ses parois profondément altérées jusqu'à la base du crâne. Sa lumière ainsi que celle de ses collatérales était vide de sang et contenait par endroits quelques gouttes de pus. Celui-ci examiné montra la présence du streptocoque. Mettant deux jours plus tard le sinus latéral à nu, nous l'avons aussi trouvé thrombosé sans avoir pu atteindre les limites de ses altérations. L'étendue des lésions, malgré le bon état général et le peu de symptômes cliniques, a frappé tous les confrères qui avaient suivi le cas. Il n'y avait pas de collection purulente sous forme de phlegmon.

Observation 6. — Ahmet T..., âgé de 25 ans, a été pris le 28 septembre 1931, d'une simple angine qui guérit dans l'espace de quelques jours. Le 3 octobre, il quitta la maison mais il rentra le soir avec de la fièvre, et un laryngologue consulté, constata une reprise des phénomènes inflammatoires à droite, sous forme d'abcès périlonsillaire en formation accompagné d'un engorgement ganglionnaire derrière l'angle de la mâchoire. Une fausse membrane trouvée sur l'amygdale et examinée donna du streptocoque pur. La température était à 39°.

Les jours suivants, l'engorgement de l'amygdale se résorba sans formation d'abcès, de même la tuméfaction des ganglions du cou disparut, mais la température persista aux environs de 37°5 à 39°5. Elle a même atteint un moment 40°2 et était accompagnée d'un léger état typhique avec maux de tête et angoisse.

Invité le 7 octobre à voir le malade en consultation avec le confrère traitant, nous avons trouvé les deux amygdales, de dimensions moyennes, tout à fait guéries et cliniquement normales. La région rétromaxillaire était de même totalement désenflée et presque pas du tout sensible à la palpation. La gouttière de la jugulaire était entièrement libre.

Devant des symptômes si peu nets, nous avons conseillé l'examen de la formule leucocytaire et des urines et l'exécution d'une hémoculture.

Le 8 octobre T. 39°5, les maux de tête continuent. L'état local est le même. La formule leucocytaire montra 22,200 leucocytes dont 83,5 % polynucléaires, 0 baso et éosinophiles, 6 lymphocytes, 9 monocytes et 0,5 de formes de transition. Les urines contenaient 0,10 cent. d'albumine. Le résultat de l'hémoculture n'était pas encore connu. Les autres organes ne présentaient rien sauf quelques râles aux deux bases des poumons (Prof. Akil Muhtar).

Prenant en considération le point de départ amygdalien de l'infection et la présence, à côté de l'état général plutôt mauvais, d'une certaine sensibilité de la région rétro-maxillaire, nous avons proposé la mise à découvert immédiate de la veine jugulaire, ne fût-ce que pour l'explorer, intervention que nous avons eu de la peine à faire accepter.

par un chirurgien éminent, vu le manque presque complet de symptômes, faisant voir une lésion de la jugulaire.

L'opération fut faite à 20 heures à l'hôpital anglais. Entre temps, l'hémoculture montra la présence dans le sang du streptocoque pur.

Incision exactement derrière l'angle de la mâchoire, sur le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien. Immédiatement après l'incision de la peau, du tissu cellulaire et du peaucier, nous sommes arrivé sur un tissu compact impossible à disséquer avec la sonde cannelée. En nous servant de la pointe du bistouri, nous avons rencontré deux ou trois petits ganglions dont le plus gros était de la grosseur d'une noisette, mou et noir comme du sang veineux, faisant plutôt l'effet d'un hématome. Ne pouvant pas énucléer ces ganglions, nous sommes forcé de les extraire en partie par arrachement, en partie par dissection avec le bistouri et nous arrivons ainsi sur la veine jugulaire qui est malade. Pendant cette dissection nous n'avons nulle part rencontré de collection purulente. Ce n'est qu'au niveau du point d'union du tronc thyro-glosso-facial avec la jugulaire que nous trouvons un petit ganglion entièrement confondu avec la paroi de la veine et en l'en séparant avec le bistouri, nous constatons une infiltration séropurulente intéressant d'un côté le ganglion et d'autre côté la paroi veineuse. La veine ainsi mise à découvert se montre épaissie, macérée et de couleur jaune vert. En la ponctionnant avec une aiguille rien ne s'écoule. L'incisant alors avec le bistouri, lentement et par couche, nous constatons qu'elle a une épaisseur de plus de deux millimètres. En pénétrant plus profondément, du sang veineux s'est mis à couler. Nous

avons ainsi pu déterminer d'une façon péremptoire que la lumière de la jugulaire était libre, que l'altération de sa paroi avait commencé par sa face externe au contact du ganglion malade et que cette altération s'étant propagée à toute l'épaisseur de la paroi a atteint sa face intérieure pour former une phlébite pariétale qui servit de porte d'entrée aux streptocoques dans la circulation générale.

Ce point a été confirmé d'ailleurs par la suite de l'opération et par l'examen anatomique de la veine après sa résection :

Ne pouvant pas préparer la veine jugulaire mise à découvert, à cause des adhérences dont elle était entourée, nous avons prolongé l'incision de la peau vers la partie inférieure du cou, où la veine étant relativement saine, nous avons pu la préparer et la couper entre deux ligatures. Passant alors à sa partie supérieure, nous avons constaté qu'elle était ici aussi saine et nous l'avons coupée entre deux ligatures. Une fois les deux bouts de la jugulaire séparés, nous avons tiré fortement le tronçon veineux en avant tout en pressant avec le doigt monté d'une gaze sur les tissus profonds du cou. La veine s'est laissée ainsi décoller, ses adhérences étant rompues.

Le tronc thyro-glosso-facial était aussi altéré, dur et jaune avec de rares vascularisations. En le débridant de sa gaine nous l'avons poursuivi jusqu'au delà de sa division en ses trois veines afférentes, que nous avons trouvées saines. Nous avons alors coupé la faciale entre deux ligatures et pincé, coupé et tordu les deux autres, et enlevé totalement la veine malade.

L'opération avait été commencée sous anesthésie locale

mais comme elle a dû être poussée au delà des limites prévues, nous avons dû faire administrer aussi un peu d'éther vers la fin.

Après terminaison de la résection des parties veineuses malades, nous avons enlevé aussi l'amygdale malade et mis fin à l'opération. Le malade avait eu peu avant l'opération une température de 40° sans frissons. D'ailleurs depuis le commencement de sa maladie il n'avait eu à aucun moment des frissons.

Le 9 octobre T. 37°5 le matin, 38°7 le soir.

Le 10 octobre 37° le matin, 37°8 le soir.

Le 11 octobre 36°5 le matin, 36,8 le soir.

Le 12 octobre 36°3 le matin, 36°5 le soir.

Depuis lors la température est restée normale. Au premier pansement, fait après 24 heures, la plaie était propre, mais aux pansements suivants, il y avait un écoulement profus de pus et toute sa surface était recouverte de sphacèles en fonte qui se détergèrent graduellement. Le 14 octobre dans la nuit, le malade présenta une hématurie assez forte avec des brûlures à la miction qui disparut dans 24 heures sans aucune manifestation d'ordre général et que nous avons attribué à des troubles sériques. Comme traitement général, nous avons fait l'injection de 100 gr. de sérum antistreptococcique et administré deux grammes d'urotropine par la bouche par jour, pendant trois jours. L'examen des caillots de sang et des urines n'a pas montré la présence de pus ou de microbes. D'ailleurs deux jours après les urines étaient de nouveau propres.

Le 17 octobre, le malade accuse une douleur à l'avant-bras gauche, qui était légèrement sensible dès le lendemain

de l'opération. La température est pourtant à 36° , $3-36^{\circ},5$ et on remarque à peine une légère augmentation du contour de l'avant bras.

Le 21 octobre, la température montant à $37^{\circ},5$ nous faisons de suite une incision au milieu de la face antérieure de l'avant-bras et nous tombons sur un gros phlémon sous musculaire que nous drainons en mettant à l'aide d'un gros drain. Suites normales, sauf la présence d'albumine et de cylindres granuleux abondants dans les urines.

Le 25 octobre, le malade est sans fièvre et en pleine voie de guérison.

Observation 7. — Mme Y... femme du représentant commercial japonais à Complo, nous consulte tout dernièrement pour un mal de gorge datant de huit jours. A l'examen nous voyons du pus crêmeux s'écoulant nettement d'entre l'amygdale et le pilier antérieur et nous posons le diagnostic d'abcès péri-tonsillaire spontanément ouvert.

Trois jours plus tard, étant de nouveau consultée, nous trouvons l'amygdale toujours congestionnée et l'angle de la mâchoire tuméfié et douloureux avec une température de $39^{\circ},5$.

Nous faisons de suite l'énucléation de l'amygdale. Ce n'est qu'au niveau du lobe inférieur qu'une petite quantité de pus jaillit sous pression et le crochet introduit entre le lobe inférieur et la base de la langue, pénètre profondément dans l'espace préstylien et est senti au doigt sous la peau, derrière l'angle de la mâchoire.

Le lendemain grande amélioration. Le surlendemain rétention par rétrécissement de l'orifice de communication,

ouverture spontanée et élargissement par déchirure de l'orifice, guérison définitive.

Comme on le voit par ces observations la conduite à tenir est la suivante, telle qu'elle a été préconisée par le Dr Taptas :

1^o *L'angine ne guérit pas au bout d'une semaine, mais tend à prendre une allure traînante ou à aboutir à la formation d'un phlegmon péri tonsillaire,*

Intervenir par notre procédé.

L'abcès ne se forme pas et toute possibilité de propagation à distance de l'infection est arrêtée.

2^o Nous sommes en présence *d'un phlegmon péri tonsillaire en formation avec adénopathie sous angulo-maxillaire.*

a) L'abcès est nettement constitué. *La région jugulaire est libre.* Traiter l'abcès par les moyens habituels. Le Dr Taptas utilise cependant un procédé un peu particulier, dont l'avantage est d'empêcher la fermeture précoce de l'incision.

Incision du voile au bistouri verticalement sur 2 cm. Brancher en haut et en bas 2 incisions perpendiculaires. Mécher à la gaze iodoformée pendant 24 heures.

b) L'abcès *n'est pas nettement* constitué. L'incision ne paraît pas assurer un drainage suffisant.

Intervenir par notre procédé. On voit ainsi voir sourdre quelques gouttes de pus de la paroi de la loge amygdalienne.

3° Il y a phlegmon péritonsillaire. Mais l'altération de l'état général, la fièvre, les frissons font soupçonner une *infection de la veine jugulaire*.

a) Intervenir par notre procédé.

b) Sous anesthésie locale, mise à découverte des gros vaisseaux jugulo-carotidiens.

Examiner la veine jugulaire et la chaîne ganglionnaire.

La veine, étant altérée, la disséquer et la reséquer en tissu sain, entre 2 ligatures.

4° L'angine est guérie, mais la fièvre continue. A l'examen, une certaine sensibilité de la région sterno-mastoïdienne.

a) Intervenir par notre procédé.

b) Découverte de la veine jugulaire.

Il ne faut, en effet, jamais attendre les symptômes nets de la pyotémie. La fièvre élevée, les grands frissons, le mauvais état général ne viennent que tard, quand les altérations veineuses et l'infection générale de l'organisme sont telles que amygdaléctomie et ligature de la jugulaire conjuguées, n'arrivent pas à préserver le malade d'une issue fatale.

CONCLUSIONS

Sans vouloir faire de l'amygdalectomie par traction, obtenue et préconisée par le Dr Taptas, un procédé, préférable dans tous les cas à toutes les autres méthodes, il est cependant permis de conclure :

1° Que des considérations anatomiques (Rapports de l'amygdale avec la loge et avec les vaisseaux) légitiment ce procédé ;

2° Que sa technique est simple, son exécution rapide, les suites post-opératoires, réduites au minimum.

3° Qu'avant toute amygdalectomie totale, il est bon de prendre des soins pré-opératoires (coagulation.) et qu'on ne saurait assez attacher d'importance à l'anesthésie ;

4° Que, pratiquée dans de telles conditions, l'amygdalectomie totale par traction peut être étendue aux amygdalites aiguës trainantes avec mauvais état général.

Vu : le Président de la thèse,
LEMAITRE.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Canuyt.* — L'anesthésie locale et régionale (Congrès français d'O.-R.-L., 1926).
- Un nouvel anesthésique local : la percaïne (Congrès français d'O.-R.-L., 1928).
- Jacques et Molinie.* — Indications et techniques de l'amygdalectomie (Congrès national O.-R.-L., 1930).
- Moulonguet.* — Indication et technique de l'amygdalectomie (Presse Médicale, juillet 1923).
- Poirier.* — Traité d'anatomie. T. IV, p. 94. Masson, 1912.
- Portmann.* — L'amygdalectomie totale (Presse Médicale, janvier 1925).
- Rouvière.* — Traité d'anatomie. T. I, p. 400.
- Sébileau.* — Les hémorragies cataclysmiques des amygdales (Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 26 janv. 1921).
- Saint-Germain.* — Ann. mal. de l'oreille, 1875.
- Taptas.* — De l'amygdalectomie par déchirement du pédicule. L'amygdalectomie dans les phlegmons péritonsillaires (Ann. mal. oreilles, nov. 1929).
- Truffert.* — Le cou. Anatomie topographique. Les aponévroses et les loges. Arnette, 1924.
- Vandenschueren.* — L'amygdalectomie idéale par le procédé de Sluder-Ballenger.
- Viéla (L.).* — La capsule amygdalienne (Ann. mal. oreilles, 1926).
- Les complications infectieuses de l'amygdalectomie (Pratique médicale française, oct. 1929).
- Vie médicale.* Enquête sur les dangers de l'amygdalectomie (Article de Canuyt, Lapouge, Taptas).

